ITEM 268 : REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

RGO = passage à travers le cardia d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement : **prévalence en augmentation = 20 à 40% de pyrosis** dont 10% hebdomadaire et 2 à 5% quotidien

RGO physiologique = après les repas, sans symptôme, ni lésion muqueuse

vs **RGO pathologique =** anormalement **fréquent**, **prolongé** et/ou **acide**, avec symptômes et/ou œsophagite

Physiopathologie : **Hyperpression abdominale** + **Stase gastrique** + **Défaillance du système anti-reflux** = **SIO** et **diaphragme**

Hernie Hiatale

= Protrusion permanente ou intermittente d'une partie de l'estomac à travers le hiatus œsophagien

- **Hernie hiatale par glissement** (85%) = cardia intra-thoracique : ni nécessaire ni suffisante pour expliquer un RGO
- **Hernie hiatale par roulement** (15%) = grosse tubérosité intra-thoracique : sans lien avec un RGO
  + péritoine intra-thoracique : risque d'étranglement herniaire ➝ traitement chirurgical systématique

FDR

- **Médicament** : β-mimétique, dérivé nitré, inhibiteur calcique, morphine, aspirine/AINS, anticholinergique, benzodiazépine, progestérone, théophylline
- Hyperpression abdominale : **surcharge pondérale**, **grossesse**, **constipation**, **gastroparésie**
- Aliment favorisant : **graisse, café, thé, alcool, chocolat**
- Positionnel : **signe du lacet** = déclenchement par l'antéflexion/décubitus

Diagnostic — Clinique — RGO non compliqué

Digestifs

- **Pyrosis** : brûlure rétro sternale ascendante à point de départ épigastrique
- **Régurgitations acides** : remontées du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé (sans nausées/vomissement)

➝ L'association des 2 = dg clinique de RGO, *surtout si postural/postprandial*

- Parfois brûlures épigastriques isolées
- **Symptômes nocturnes** : RGO souvent sévère, avec lésions d'œsophagite

Extra-digestifs

= Associées ou non aux symptômes digestifs (lien causal difficile à mettre en évidence)

- Pulmonaire : **accès de toux** (au décubitus), **dyspnée asthmatiforme**, **enrouement**, **hoquet**
- ORL : **dysesthésie bucco pharyngée**, **otalgie** (notamment à droite), **laryngite postérieure**
- Stomato : **gingivite/caries à répétition**
- Cardiaque : **douleur précordiale** pouvant simuler un angor
- **Troubles du sommeil** : **micro-éveils nocturnes**, à l'origine d'une somnolence diurne

Diagnostic — Clinique — RGO compliqué

Œsophagite peptique

= Associée à 1/3 des RGO : **Classification de Los Angeles**

- **Stade 1** = punctiforme/linéaire non confluente - **Stade 2** = confluente non circonférentielle
- **Stade 3** = circonférentielle - **Stade 4** = compliquée : ulcère ou sténose

➝ Aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité de l'œsophagite

Œsophagite sévère

= **Ulcérations** étendues, **confluentes** ou **circonférentielles** ou **sténose (peptique)**

- Risque d'**hémorragie digestive** : **anémie ferriprive, hématémèse, méléna**
- Risque de **sténose œsophagienne** : **dysphagie, odynophagie**

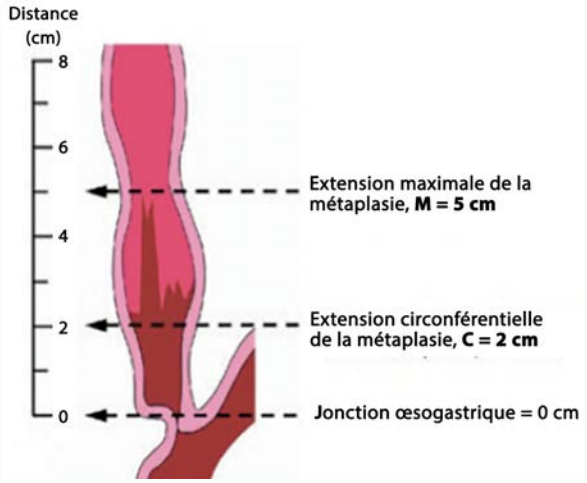
Endo-brachy-œsophage

= Œsophage **de Barrett** : métaplasie intestinale cylindrique au niveau de l'épithélium malpighien normal de l'œsophage

/!\ *Pas de symptômes spécifiques, parfois asymptomatique* /!\

- Risque d'**ulcère de la muqueuse pathologique**
- Risque d'**adénocarcinome œsophagien** : surveillance par biopsies à la recherche de **dysplasie**

Classification de Prague C-M : mesure (en cm depuis la jonction œsogastrique) la zone métaplasique : Circonférentielle – Maximale



Diagnostic	**Paraclinique**	→ Pas d'exploration si **symptômes digestifs typiques** (pyrosis et/ou régurgitation) chez un patient **< 50 ans** → **Examens complémentaires systématiques si : > 50 ans, signes d'alarmes (amaigrissement, anémie, dysphagie)**		
		Explo morphologiques	**EOGD**	= Affirme le diagnostic si œsophagite, n'écarte pas le diagnostic si normal (30 à 50% des cas) - **En 1ère intention si symptômes atypiques, signes d'alarme, doute diagnostique, > 50 ans**
			Transit baryté	Intérêt diagnostic **si sténose peptique** de l'œsophage ou hernie hiatale
			Vidéo capsule	En cours d'évaluation. Détection d'œsophagite ou d'EBO.
		Explo fonctionnelles	**pH-métrie œsophagienne des 24h**	= **Examen le plus sensible** pour le diagnostic de RGO pathologique Quantifie l'exposition acide, analyse la relation temporelle entre symptôme & épisode RGO **Indiqué si endoscopie normale +** **- Manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO** **- Persistance de symptômes gênants sous traitement** **- Avant chirurgie anti-reflux en l'absence d'œsophagite +++**
			Impédancemétrie œsophagienne	= Seul examen pouvant mettre en évidence un RGO peu ou **non acide** - **Indiqué si reflux persistant sous traitement antisécrétoire**
			Manométrie œsophagienne	= N'objective pas le RGO mais peut montrer une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme œsophagien - Recommandée en cas d'indication opératoire pour reflux pour écarter des facteurs aggravants
Prise en charge	→ But : **traitement des symptômes**, **cicatrisation des lésions d'œsophagite** et **prévention des récidives**			
	RHD	- Réduction pondérale +++ - Surélévation de 45° de la tête du lit	- Arrêt du tabac et de l'alcool - Intervalle de 3h entre le diner et le coucher	
	Traitement médical	- Neutralisation du contenu acide : **anti acide** (Rennie®, Maalox®) - Protection de la muqueuse œsophagienne : **alginates** (Gaviscon®) - **Inhibition des sécrétions gastriques acides** : **IPP** → *La supériorité des IPP comparée aux anti-H2 est démontrée quelle que soit la sévérité de l'œsophagite*		
		IPP	= Bloque l'action de la pompe H+/K+-ATPase : inhibition dose-dépendante - Prise le matin à jeun, 30 minutes avant le repas (↗ la biodisponibilité) - Efficacité maximale en 2 à 4 jours - Non indiqué : - . Dyspepsie fonctionnelle (sans RGO associé) . Prévention aux AINS chez les sujets non à risque - **EI** : . Bénins, fréquents : **céphalées, troubles digestifs** **. Rebond acide** à l'arrêt du traitement, **pic de sécrétion acide nocturne** **. Gastrite chronique atrophique** : sans surrisque de cancer . A long terme : **ostéoporose**, **hypomagnésémie** ↘ défense (↘ acidité) : ↗ le risque de **pneumopathie** et d'**infection à *Clostridium difficile***	
	Traitement chirurgical	= **Montage anti-reflux** : **fundoplicature complète** (valve de **Nissen**), +/- cœlioscopie - **Indication si RGO acide** : - Récidive précoce dès arrêt des IPP - Symptômes persistant sous traitement médical - Volumineuse hernie hiatale par glissement - Persistance d'un reflux anormal documenté sous traitement - Risques : **dysphagie**, **flatulences excessives**, **difficultés à roter**, **récidive** - **Manométrie** systématique en préopératoire pour écarter un trouble moteur de l'œsophage +++		
	RGO sans œsophagite	Traitement initial	- Fréquence < 1/semaine : **antiacide**, **alginate** ou **anti-H2** (1 à 3 prise/jour) à la demande - Fréquence > 1/semaine : **IPP demi-dose** pdt 4 semaines	
		Traitement à long terme	- Initialement : **IPP** à la demande - Si rechute fréquente/précoce : **traitement d'entretien** par **IPP** à dose minimale efficace	
	RGO avec œsophagite		**Cicatrisation**	**Prévention des récidives**
		Œsophagite peu sévère	- **IPP** demi-dose pendant 4 semaines - **IPP** pleine dose si symptômes persistants	- **IPP** au long cours à dose minimale efficace si rechutes fréquentes
		Œsophagite sévère	- **IPP** pleine dose pendant 8 semaines - **Endoscopie** de contrôle	- **IPP** au long cours à dose minimale efficace

Prise en charge	**Signes extra-dig**	- Manifestations extradigestives prédominantes ou isolées : pas d'antisécrétoires, non prouvés (parfois IPP double dose proposés ≥ 3 mois pour la toux…) : toujours après avoir exclu une affection ORL ou pulmonaire
	RGO résistant aux IPP	➙ Evoquer : RGO non acide ou erreur diagnostique ➙ **pH-Impédancemétrie** sous ttt : documente la persistance d'un reflux acide (10%) ou non acide (30-40%) - En cas de **reflux acide persistant documenté** : ↗ **dose d'IPP** et/ou association aux **antiacides** - Si **reflux toujours persistant** : **intervention chirurgicale**
	Sténose peptique	- Traitement en continu par **IPP pleine dose** **- Dilatation œsophagienne endoscopique** en cas de dysphagie
	Endo-brachy-œsophage	- Seul l'EBO symptomatique ou associé à une œsophagite doit être traité par **IPP** car les antisécrétoires au long cours et la chirurgie ne préviennent pas la dysplasie ou le cancer - Asymptomatique et non associée à une œsophagite : aucun traitement **- Surveillance par EOGD + biopsies tous les 2 à 5 ans :** 2 ans si EBO > 6 cm, 3 ans si EBO de 3-6 cm, 5 ans si EBO < 3 cm